

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCEMENT

Demande de consultation

Chirurgiens-dentistes : Dre Sheila Lemay | Dr Yoann Fournier | Dr Corbeil

Nous vous référons :

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Date de naissance (AAAA-M-J): _____

Tél. (cell.): _____ Tél. (maison) : _____

Date d'envoi du formulaire de référence (AAAA-M-J) : _____

Soins requis (veuillez cocher ci-dessous) :

Chirurgie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Implant unitaire | <input type="checkbox"/> Arcade édentée | <input type="checkbox"/> Soulevé du sinus |
| <input type="checkbox"/> Édentation multiple | <input type="checkbox"/> Greffe osseuse | <input type="checkbox"/> Extraction dentaire |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ | | |

Soins parodontaux

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traitement de la maladie parodontale | <input type="checkbox"/> Allongement de couronne clinique |
| <input type="checkbox"/> Greffe gingivale | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Soins prosthodontiques

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Réhabilitation arcade complète | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Soins esthétiques | |

Informations complémentaires : _____

Dentiste référent : _____

Téléphone : _____ Courrier électronique : _____

- Je souhaite participer à la chirurgie de mon patient.

Veuillez s'il vous plait expédier cette requête par courriel à adj.ressource@outlook.com ou par télécopieur au 819 376-0246 et nous contacterons votre patient. Merci de nous transmettre les radiographies panoramiques (2 ans ou moins) au dossier.